

A Irrealidade de um Bebê Real: Intervenção Psicológica

LÍLIA FERREIRA (*)

UM CASO: «MARIANA E JOÃO»

A Mariana deu à luz um bebé prematuro. O bebé que pesava menos de 1 Kg apresentou dificuldades respiratórias logo do início.

A Mariana era uma mãe de 37 anos, que não havia tido uma vida fácil. Casada, com um filho de 13 anos, morava fora de Lisboa, numa zona de campo. Filha de um casal de agricultores com 7 filhos, a sua vida tinha sido dura, começando a trabalhar aos 11 anos no campo. Actualmente trabalha numa residencial com uma vida familiar estável, mas continua a manter os olhos de menina triste.

Após 12 anos de várias tentativas para engravidar, tinha então desistido. Foi nessa altura que engravidou. Quando se descobriu grávida, ficou surpresa, mas também feliz.

O casal adaptou-se bem à nova situação – finalmente o segundo filho porque tanto esperavam.

Contudo a gravidez nunca decorreu da melhor maneira: dores, contracções e por fim um parto prematuro.

Quando o João nasceu, não o chegou a ver. Desiludiram-na dizendo: «É provável que não sobreviva.»

Aconteceu tudo tão rapidamente que mais parecia ter acordado de um pesadelo.

O bebé foi imediatamente levado para a Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria. Foi logo ventilado, com um respirador artificial, monitores de batimentos cardíacos e respiratórios estavam ligados por electrodos ao seu peito frágil e agulhas espetadas no braço. As pequenas veias azuis eram visíveis.

O que se podia ver no seu rosto era a exaustão, a falta de resposta e a aparência «murcha» e «velhinha» de um prematuro que permanece vivo por um fio. Não apresentava nenhuma actividade, e o único movimento era o da respiração do seu peito, causado pelos instrumentos acima dele.

A primeira visita ao pequeno João foi um choque. Desamparada e assustada, apenas pensava «será que ele vai ser normal com isto tudo». E ali ficou, olhando para aquele pequeno ser cheio de fios, tubos, a pensar: «Porque tudo isto aconteceu?»

Os técnicos tentaram explicar aquilo que de concreto se passava com o bebé, mas nenhuma das informações significava muito para ela, apenas que «era muito pequenino e que ainda nem conseguia respirar sózinho».

À medida que os dias passavam Mariana começou a sentir que o pequeno João poderia sobreviver. Embora o bebé lhe parecesse na mesma situação, o verificar que mais um dia se passava, era sentido como um presente valioso. Havia assim um começo de esperança.

O João começou a ser visto como uma pessoa, como um filho real. Deixou de ser perigoso, de

(*) Psicóloga Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

assustar pela sua fragilidade. Começou a poder pegar, segurá-lo, senti-lo junto, aconchegá-lo.

Embora inicialmente isto fosse uma tarefa difícil, dada a quantidade de tubos a que o João tinha que estar ligado foi no entanto facilmente ultrapassado. O prazer de se sentir mãe, ajudou-a a superar o medo.

Mas foi este prazer, esta esperança que foi duramente testada durante uns longos 7 meses.

As constantes recaídas do João motivadas por uma grave displasia bronco-pulmonar eram sentidas como fortes punições por todos os começos e recomeços de esperança. Mariana muitas vezes imaginava que fosse por culpa sua que o bebé piorasse.

Era tão doloroso ver o sofrimento do João, bem como experienciar a sua própria incapacidade de fazer alguma coisa.

Para melhor entender o bebé começou a familiarizar-se com termos como: «níveis críticos de oxigénio, saturações, etc.»

Quando o João pode sair da incubadora para o berço, parecia um milagre. Ele era já tão grande e activo, tão necessitado de aconchego, colo, festas.

Já podia mamar da tetina e até tomar banho de banheira. Mas estes milagres depressa se esfumaram e a dor de recomeçar tudo de novo era cada vez mais sufocante. As informações sobre o estado do bebé eram constantes mas tão contraditórias (ex: ora bem/ora estava mal) e somente metade lhe fazia sentido.

Mariana sentia-se cada vez mais deprimida e só. A tensão aumentava. O apoio do seu marido era frágil, dada as suas dificuldades de enfrentar esta realidade. O filho mais velho começava a apresentar problemas na escola.

Os conflitos no trabalho com a patroa agudizaram-se, e ao invés desta funcionar como um suporte social e afectivo importante, pelo contrário começou a ser disruptivo. Desmaiava no trabalho, deixou de comer e as insónias apareceram. Os sonhos eram apenas pesadelos. Apresentava um estado depressivo acentuado com tendência ao isolamento. Sendo já uma mulher que apresentava uma personalidade depressiva, toda esta situação não fez mais que exacerbá-la.

A preocupação pelo seu estado físico e emocional era grande.

Este facto levou-me a contactar o seu médico de família e iniciou apoio medicamentoso e

baixas consecutivas. Mas apesar de tudo a Mariana continuou a vir, vencendo o cansaço, a tristeza, a solidão e as despesas das viagens.

Mulher de poucas palavras guardava silenciosamente dentro de si a angústia e a injustiça de toda esta situação. Costumava-me dizer: «nunca pensei que pudesse resistir a tanto sofrimento.»

Mas resistiu durante sete intermináveis meses, altura em que o João morreu.

O nascimento de uma criança expressa a realização de um desejo consciente integrado num projecto de vida relacionado com os ideais sociais e familiares, mas é também a realização de um desejo inconsciente, portador de significados «desconhecidos» pelos pais que dão vida.

O nascimento de uma criança prematura agrava a dor ligada a uma separação. A primeira separação física é ampliada por uma segunda separação, aquela em que o bebé está numa incubadora. A interrupção brusca da gravidez tem igualmente implicações no «desenvolvimento maturativo fantasmático do filho imaginário» (M. Soulé). O confronto com a realidade leva à própria irrealidade da situação.

A Instituição médica (médicos e enfermeiros) assume os cuidados com o bebé e, parecem ser eles os verdadeiros pais, sobretudo à medida que passam os dias e as semanas.

Confia-se a criança a uma máquina substitutiva do papel materno, que toma o lugar da mãe, significando para ela a sua própria incapacidade. «Holding mecânico» (M. Soulé) aceite e idealizado, pois é ele que garante a sobrevivência do seu filho, mas simultaneamente sentido como ameaçador e acusador.

O bebé prematuro é sentido também como perseguidor, fragilizando as defesas e o equilíbrio emocional, deixando a mãe (e família) sem protecções, confrontando-a a emoções angustiantes.

Sentimentos de choque, de frustração por todas as gratificações esperadas, de ferida narcísica pela ausência do papel reparador, de culpa e fuga à realidade, aparecem quando a mãe se depara com um bebé que em nada é parecido com o que esperava e do qual tem medo (medo do desejo) que acabe por morrer.

Vemos assim que a prematuridade é sentida

como uma violação das expectativas normais de uma criança saudável. Quanto maior a situação do internamento e separação, maior também a perturbação e sofrimento dos pais.

O modo como a família se adapta ao stress de ter uma criança nesta situação, depende dos seus próprios recursos interiores, do significado fantasmático do desejo do filho e, dos suportes disponíveis sociais e familiares.

A ajuda aos pais requer pois a compreensão que os efeitos do problema têm nestes, do seu próprio processo de adaptação e do modo como vivenciam estes momentos.

A situação de rutura do equilíbrio, determina a necessidade de uma acção imediata com o objectivo de evitar uma maior desorganização emocional.

Frente à família em crise, torna-se necessário avaliar as condições de personalidade e os recursos egoicos de modo a poder proporcionar-lhe atendimento adequado.

Este atendimento psicológico varia de acordo com as necessidades e recursos internos da família e, a abordagem terapêutica definida a nível do apoio e intervenção, tem o fim limitado à melhoria dos sintomas específicos ou desadaptações, que exigem o «alívio» mais rápido possível, por causa da sua natureza emocionalmente desorganizativa. Não tenta a «reconstituição» da Personalidade, excepto alguma intervenção dinâmica que possa levar secundariamente a uma reestruturação.

A intervenção junto dos pais começa imediatamente, logo após o momento em que a criança entra na unidade. Mas este processo de ajuda é complexo, e a relação técnico/pais leva tempo a desenvolver-se.

As circunstâncias do primeiro encontro em nada são favoráveis e, a situação de vulnerabilidade implica necessariamente, um processo de um conhecimento mútuo, base no estabelecimento de uma boa aliança terapêutica. A aliança definida como o aspecto consciente de uma transferência positiva, fundamenta-se no «desejo inconsciente ou consciente do paciente cooperar e na disposição de aceitar ajuda do terapeuta na superação das suas dificuldades internas» (Sandlers). A dor é a força que impulsiona a procurar ajuda e a aceitar a necessidade de enfrentar os problemas internos. Contudo importa salientar que o desejo de melhorar, não pode estar na base

da aliança terapêutica. Embora subjacente ao próprio processo ele não é o seu fim, podendo trazer consigo «expectativas mágicas e reais» (Sandlers) à própria relação terapêutica comprometendo a sua evolução.

Para o estabelecimento desta aliança algumas etapas são essenciais. Em primeiro lugar torna-se importante conhecer a família. E este conhecimento implica ouvir mais que falar possibilitando aos pais contarem a sua «história», as suas próprias vivências. Em segundo lugar torna-se necessário estar atento às necessidades da família e, conseqüentemente ao impacto da transmissão de informação aos pais. A qualidade de informação deve suplantar a quantidade e, em geral a informação transmitida é muitas vezes menos importante do que o facto de partilhá-la com a família. Por último as atitudes e sentimentos negativos dos pais devem ser aceites sem ofensa, pela compreensão de que fazem parte de um processo normal de adaptação.

Definida a aliança terapêutica acente numa relação de confiança básica, vários objectivos específicos podem ser definidos. Estes diferem de família para família, dependem das suas características particulares e dos problemas que têm. Mas existem alguns pontos que se podem focalizar em todas as famílias, promovendo uma adaptação à situação pela utilização dos recursos disponíveis na relação com o bebé. São estes:

- Encorajá-los naquilo que fazem
- Aumentar a sua auto-estima, ajudando-os a sentirem-se bem consigo próprios
- Aumentar os seus sentimentos de auto eficácia, capacitando-os na sua qualidade de serem «capazes»
- Ajudá-los a explorar a situação, possibilitando-lhes uma melhor compreensão do problema
- Facilitar a comunicação através de uma atitude de complementaridade
- Encorajar a comunicação entre o casal
- Ajudá-los a procurar outros suportes de apoio familiares e sociais

Neste processo de ajuda é necessário que o psicólogo se adapte às características únicas da família com quem está envolvido, procurando sempre manter uma relação - momento empático e individualizado.

A intervenção do psicólogo define-se assim como um trabalho conjunto, pelo respeito que se

deve aos pais, aceitando os seus sentimentos, objectivos, as suas forças, a sua importância no processo de lidar com a doença, e, quando necessário a sua última decisão.

BIBLIOGRAFIA

- Ammamtti, M. (1991). Representation Maternelles pendant la grossesse et interactions précoces Mère-Enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV(2), 341-358.
- Lemgruber, V.B. (1987). Teoria da Crise, Psicoterapia Breve – a Técnica Focal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soulé, M. *O Filho da Cabeça, o Filho Imaginário*.
- Stern, M., & Hildebrandt, K (1986). Prematurity Stereotyping: Effects on Mother – Infant Interaction. *Child Development*, 57, 318-315.
- Zeanah, C., & McDonough, S. (1989). Clinic Approaches to Families in Early Intervention. *Seminars in Perinatology*, 13(6), 513-522.

Zeskind, P.S., & Racino, R. (1984). Effects of Maternal Visitation To Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Child Development*, 55, 1887-1893.

RESUMO

Neste artigo a autora aborda a vivência problemática, simbólica e real, das mães a quem nasce um filho prematuro. Aborda ainda a necessidade de intervenção psicológica, centrada no momento de crise – nascimento prematuro – com destaque para a importância da aliança terapêutica no processo de ajuda à família.

ABSTRACT

This paper starts reporting the problematic experience, real and symbolic, of a mother of a premature baby. Some comments are made about the need for psychological intervention focused on the crisis and stressing the therapeutic alliance in the process of helping the family.